Gama, D. I. da

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 20 do Julho de 1909

PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

Pelo Pharmaceutico

Durval Tavares da Gama

Natural do Estado da Bahia

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

SOBRE O

Estudo das causas mais communs das hemorragias antes, durante e depois do parto

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeira do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

Typographia e Encadernação do Lyceu de Artes

Prudencio de Carvalho, director

Premiado com Medalha de Ouro na Exposição Nacional de 1908

1909

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
....	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
....	5.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO — DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

PRIMEIRA PARTE

Causas das hemorragias antes do parto

CAPITULO I

O sangue é o thesouro da vida.

MAURICEAU.

E' sujeita a mulher desde os primeiros mezes de gravidez a hemorragias. Ellas podem ser insignificantes e de valor minimo, como tambem assumir proporções taes em gravidade, que ameacem, nem só a vida do fructo concebido, como a da pobre mãe, attenta á *causa* de sua origem.

As hemorragias podem se dar em qualquer periodo da gravidez, havendo, comtudo, mais frequencia, nos ultimos seis mezes, excepção feita de casos que mais adeante, quando tratarmos de certas causas, citaremos e discutiremos.

Adotando a divisão methodica de Barmes, trataremos: 1.º das hemorragias dos tres a quatro primeiros mezes; 2.º das hemorragias da prenhez adeantada. Quer sejam as hemorragias do começo ou do termo da prenhez, podem se classificar em *internas*, *externas* e *mixtas*, accordes com todos os auctores neste ponto.

Dá-se o nome de hemorragia *interna*, quando o sangue derramado fica collectado entre a placenta e o utero ou mesmo entre o utero e as membranas. São ditas *externas*, quando o sangue derramado escôa pelo orificio do colo e da vagina; finalmente são *mixtas* quando passando os

derramens sanguineos entre as membranas e o utero, ou entre o utero e a placenta atravessa uma porção o orificio do cólo e manifesta-se externamente tambem. Querendo limitar mais a denominação de cada hemorragia definida ácima, dizemos que as hemorragias deviam ser classificadas em *interiores*, *exteriores* ou *mixtas*, attendendo a que ellas partissem dos orgãos genitaes internos, externos ou de uns e outros ao mesmo tempo.

A frequencia de certas hemorragias pode-se notar em certas phases de gravidez e do parto: assim dizemos que as hemorragias *internas* podem se dar durante a gravidez, durante o parto e depois d'elle, emquanto que as hemorragias *externas* são mais frequentes durante o trabalho e depois d'elle, e são a consequencia, geralmente, de intervenções ou mesmo da passagem do féto: quero alludir ás roturas, lesões de vasos varicosos da vagina, vulva, perineu etc.

Esta maneira de vêr, quanto á ultima classificação nossa é o que nos assalta a mente de um modo logico e racional e que sustentaremos.

***

Vejamos as causas das hemorragias do primeiro periodo de gravidez. Como dissemos ácima é muitas vezes a mulher victima de hemorragias logo depois de fecundada: ora são insignificantes e sem gravidade; ora podem augmentar de frequencia e abundancia, e portanto produzindo a gravidade em parallelismo com o desenvolvimento do ovo, embryão, ou feto; compromettendo-os si os cuidados de um competente não chegarem em seu auxilio.

Muitas vezes encontramos mulheres que se julgam re-

gradas mesmo depois da confirmação de sua gravidez, feita não só por um medico, como pela consciencia propria: ora, como sabemos, um dos phenomenos affirmativos da gravidez é a suppressão das regras, excepção feita de alguns casos.

Em uma mulher robusta bem disposta, bem nutrida e que as funcções de todo o organismo são regulares, a ausencia das regras, depois de feita a enseminação, que se poderá chegar a saber pelo interrogatorio, é de um valor maximo; muito mais quando ao interrogatorio juntam-se outras investigações que, por seu conjuncto, formam um completo exame, para affirmarmos si está ella ou não em estado de gravidez: nos informando, portanto, de que continúa a ser regrada, deve o medico ser vigilante, pois pode tratar-se de um estado pathologico: porquanto, a *mulher gravida commummente não é regrada.*

Esse psendo-catamenio (1) é uma verdadeira hemorragia, supplementar, o que se explica pela congestão que soffre o utero e seus annexos com o desenvolvimento do ôvo; hemorragia que pode ameaçal-o ou mesmo sacrifical-o com tanta maior probabilidade, quanto mais avançado for o seu desenvolvimento; o que se dá mais frequentemente nas mulheres plethoricas, como pensa Ribemont.

Jacquemier dá um alto valor as congestões do utero para explicar o facto, e exprime-se do seguinte modo: «les changements qui surviennent du côte de l'utérus gravide produisent dans la circulation du sang des modifications très favorables à la production des hémorragies utéro-placentaires».

Do mesmo modo que podem haver hemoptises, he-

---

(1) Damos nas observações adeante um caso apresentado por meu pae Dr. Julio da Gama.

morragias do pharynge em primiparas ou multiparas, outras victimas de epistaxis, coincidindo justamente com a data em que tinham suas regras; (1) são as hemorragias ditas metatasticas ou compensadoras; ora, ou a ausencia das regras é um symptoma de confiança para o diagnostico da prenhez nos primeiros mezes, ou não; pensamos affirmativamente com muitos auctores, quanto ao seu valor; e portanto não ousamos negal-o e, somos de opinião que essas pseudo-regras são simplesmente hemorragias embora de pouco valor em certos casos, apezar de poderem em outros assumir gravidade.

A gravidade que pode revestir dessas hemorragias (pseudo-regras) é a de provocarem o aborto, podendo portanto nem só serem perniciosas ao ser materno como ao ser em desenvolvimento; e deste modo pensam Demelin, Budin e tantos outros.

Deixando sem mais detalhes, sem entrarmos mais minuciosamente em explanações sobre este ponto, abordemos a questão a que nos propuzemos, e que serve de enunciado deste capitulo: vejamos quaes as causas mais communs e de mais importancia das hemorragias da gravidez.

São innumeras; trataremos em primeiro lugar, por serem mais frequentes e de maximo interesse, das hemorragias dependentes do abortamento; depois trataremos do abortamento dependente de certas hemorragias.

As pequenas hemorragias dos tres primeiros mezes da prenhez foram ja succintamente tratadas mais ácima, e encaramol-as sem gravidade por não trazerem consequencias desastrosas.

(1] Dr. J. da Gama assistiu mais de um caso, em que foi elle o parteiro, tendo acompanhado a paciente desde o inicio da gravidez.

Estudemos as que dependem do aborto: para satisfazer esse nosso *desideratum* encararemos as phases da prenhez e classifical-as-emos de accordo com Guillemont.

O abortamento pode se dar nos vinte primeiros dias de prenhez: é o *abortamento ovular*; pode se dar nos noventa dias: é dito então *abortamento embryonario;* e finalmente pode ter lugar durante o 4.º 5.º ou 8.º mez, é chamado então *abortamento fetal*; é mais ou menos a classificação adotada por Budin e Tarnier.

Vejamos agora as hemorragias que seguem o aborto (1) em cada periodo dos que ácima foram classificadas. Vejamos sua importancia e gravidade. Geralmente as hemorragias vão tornando-se graves, na razão directa do avançamento do tempo da prenhez; assim analysando as que se dão no 1.º periodo da classificação adotada, diremos que são de somenos valor quanto á intensidade e tem, geralmente o aborto que as causou, origem em uma causa dependente, quer da propria mãe (de um estado organico qualquer); do ovo (como na degenerecencia hydatiforme), ou do proprio pae; ás vezes das duas causas conjunctamente, mais raramente das tres: nada sobre este ponto poderemos adeantar mais, porquanto não é da competencia do nosso assumpto. Como se explicar as hemorragias que seguem o aborto no 1.º periodo? qual o seu mecanismo?

São devidas a elle, é verdade, e o seu mecanismo assim explicaremos: o ovo existente na cavidade uterina ou não, actua como um corpo extranho, o que sóe geralmente acontecer, quando ha uma lesão ou irregularidade no organismo materno, uma metrite ou endometrite, embora em parte curada, que, de modo algum impediu a fecundação, mas

(1) Os abortamentos causam hemorragias na proporção de 5,85 °/₀ — Sneguireff.

torna impossivel o desenvolvimento do ôvo; o utero reage, contracções se estabelecem, e por ellas o ôvo é expellido; ora assim sendo, facil se nos torna comprehender o mecanismo dessas hemorragias: as connexões do ôvo com o utero são rotas mais ou menos (a caduca); os vasos achando-se abertos deixam escapar uma maior ou menor quantidade de sangue de accordo com o seu calibre, o que é sempre proporcional ao adeantamento da gravidez: aqui, no facto que encaramos, isto é, as hemorragias que seguem o aborto no *periodo ovular*, são sem gravidade, e o que nos auxilia affirmal-o é que, como Ribemont, pensamos, passam como simples regras retardadas, porquanto é o ôvo expellido em o meio de uma certa porção de sangue coagulado, precisando um exame attento para encontral-o, segundo a opinião de Barnes; ao contrario do que pensa Ribemont que affirma ser raro poder-se encontral-o, e Budin que assevera nem se encontrar traços do ôvo.

Vejamos agora as hemorragias do abortamento durante o segundo periodo (2.º mez, Budin e Tarnier) no periodo embryonario (Guillemont) dos 20 aos 90 dias. Quanto mais adeantada fôr a prenhez tanto mais abundantes serão as hemorragias, e maior numero de factores, parece dar sua explicação.

Ora, nesse periodo, *periodo embryonario*, a caduca inter-utero-placentaria já se acha muito mais desenvolvida, e prestes a ir dando logar a que a placenta se differencie; os vasos são, portanto, em maior numero, mais calibrosos e differenciados; explicando-nos o porque as hemorragias desse periodo são mais serias; o utero tem começado a se hypertrophiar, as contracções uterinas, causa efficiente do aborto, (embora este tenha uma causa occasional) são mais energicas, mais dolorosas, favorecem

a rotura das connexões do embryão com o utero, rotura dos laços que o mantem á caduca inter-utero-placentaria; e provocam sua expulsão; a hemorragia será a consequencia inevitavel do facto.

Ribemout diz que ás vezes é a hemorragia que descolla o ôvo ou o embryão no mesmo momento em que se dão as contracções uterinas, mas não nos explica o seu mecanismo, de modo que podemos por nossa conta dizer que essa hemorragia é sempre dependente do aborto, e este dependente de uma causa preexistente no organismo materno ou no embryão, ou ainda dependente de uma causa accidental como choques, esforços, etc.

Diz ainda Ribemont: «quando é a contracção uterina que precede a hemorragia, a expulsão é um pouco mais demorada a se fazer, porque o embryão não é descollado senão pouco a pouco; a hemorragia está em relação com a contracção uterina».

Seja d'esta ou daquella maneira, o que nos interessa é saber se ha ou não hemorragia, se é abundante e grave; a todos esses pontos ferimos, dizendo que as hemorragias do periodo embyonario têm alguma gravidade; são um tanto abundantes, porquanto, ou dependa o aborto de alguma lesão do embryão, do organismo materno, alguma endometrite, ou qualquer lesão outra, a caduca inter-utero-placentaria é sempre o logar donde parte o sangue, onde já existe, como dissemos, grande quantidade de vasos, e calibrosos.

Do 3.º ao fim do 4.º mez, vê-se na maioria dos casos, o aborto ser feito em dois tempos; as contracções uterinas provocam o descollamento do embryão, e com elle pode vir logo a placenta ou não; no primeiro caso a hemorragia pode ser pouco abundante, por terem as contracções uterinas libertado rapidamente o utero de seu conteúdo,

tendo favorecido dest'arte sua retracção, havendo simplesmente perdas minimas, correspondentes á cada contracção.

No segundo caso, o descollamento da placenta não se faz logo nas primeiras contracções, o embryão atravessa e é expellido pelo canal cervical, mais a placenta continúa adherente em uma boa parte; a hemorragia continuará a se dar; porque as contracções persistem e a retracção uterina não se pode fazer; eis como se explicam os factos.

A's vezes ainda depois de expulsos embryão e placenta, fica na cavidade uterina uma parte da caduca que será expellida mais tarde, podendo em alguns casos dar logar a uma perda sanguinea, mas sem ter o caracter de verdadeira hemorragia.

Passemos ao estudo das hemorragias no *periodo fetal.* São importantes e geralmente graves. As hemorragias que se dão, quando o abortamento tem logar durante o 5.° e 6.° mez de gravidez, se assemelham extraordinariamente ás dos ultimos tres mezes que precedem o parto.

Os abortos nesse periodo muito se parecem com os partos prematuros; factos identicos ao do parto prematuro se dão, nem só por já estar a placenta completamente differenciada, como o féto bem desenvolvido. O aborto se faz em dois tempos como no parto de termo; é primeiro expellido o féto, e depois a placenta.

O delivramento se faz pouco tempo depois da expulsão do féto. As hemorragias nesse caso são geralmente menos abundantes, é verdade, que no periodo embryonario; mas nem sempre o aborto se faz de um modo *normal* sem certas complicações; temos então a deduzir certas consequencias do facto, quanto ás hemorragias. A estatistica de Varnier e Budin (1) nos mostra o seguinte: a expulsão em

(1) Revue pratique d'obstétrique et d'hygiene de l'enfence—

um só tempo é de 1 por 10 vezes em 501 casos: 48 vezes a expulsão teve logar de uma vez; 453 em dois tempos.

Quando o aborto é lento as hemorragias são quasi sempre abundantes; o factor que favorece a hemorragia consequente de um aborto, n'esse periodo, é a retenção da placenta; a hemorragia é tão mais abundante quão mais fracas forem as contracções uterinas. Muitas vezes são ellas intermittentes; a hemorragia continua a se fazer com intermittencias tambem.

Devemos no caso da retenção da placenta figurar tres hypotheses possiveis: a primeira do encantoamento da placenta, havendo contracções fracas do utero para eliminal-a; ficando, portanto, os vasos do utero abertos deixando escoar sangue.

A segunda hypothese é a da placenta ficar completamente adherente; as hemorragias não são frequentes, e quando existem são insignificantes, a menos que outra complicação de uma origem qualquer possa existir.

A terceira hypothese finalmente, é a da placenta estar em parte descollada em parte adherente: é o facto mais grave de todos, as hemorragias são inevitaveis, abundantes e ameaçadoras. A hemorragia não cessará emquanto não estiver completamente descollada e expellida a placenta, e será tanto mais abundante quanto mais vasto fôr o descollamento; é preciso esperar-se que a placenta se descolle ou intervir para fazel-o, se o caso exigir, embora attendendo á observação de não fazer tracções sobre o cordão afim de evitar que ella se rompa e fiquem porções adherentes ao utero, o que traria inconvenientes serios alem das graves hemorragias que fatalmente se dariam.

1893 P Budin Etude critique sur 530 cas d'avortement—thése de Paris—1892.

No caso que encaramos, a hemorragia apezar de ser um facto commum, normal no abortamento, é gravissimo por sua repetição ou por sua continuidade. Muitas vezes ha hemorragias tardias no aborto, quando o delivramento feito artificialmente muito tempo depois da expulsão do feto, ha inercia uterina. Os coagulos sanguineos podem obturar o canal cervico-vaginal mascararem a hemorragia, tornando-a interna, e quando se os retira é que se vê o sangue se escôar liquido da cavidade uterina.

Os coagulos podem ser mais ou menos espessos encerrando porções fibrinosas, que, no primeiro periodo de gravidez, poderiam ser tidos como o ôvo expellido. As hemorragias que acompanham o abortamento neste periodo, são mais ou menos abundantes, e sempre mais graves, pela repetição, o que sóe acontecer quando a placenta descollada é retida inteira ou é parcialmente descollada; ou mesmo quando tenha sido expulsa, ficam porções adherentes.

Tratemos agora *das hemorragias que podem determinar o aborto.* Falaremos mui summariamente sobre este ponto por duas razões: a 1.ª é a de sabermos que todas as hemorragias, quer tenham essa ou aquella origem, podem determinar a aborto, attendendo-se somente como causa favoravel a sua maior ou menor intensidade e a fonte donde provem.

A 2.ª razão é a de termos que falar mais adeante de causas outras de hemorragias em geral, e não devermos limitar o assumpto, vendo simplesmente suas consequencias quanto ao aborto: o que não quer dizer com isso, que todas as hemorragias, simplesmente differentes pela causa não passam produzir as mesmas consequencias: adeantemo-nos portanto.

As hemorragias que determinam o aborto podem se apresentar debaixo de tres formas differentes.

Seguiremos a descripção de cada forma dessas hemorragias pelo modo porque descreveu o professor Jacquemier.

São: 1.ª O derramamento é *total* e *diffuso*.

2.ª A hemorragia é *localisada* mas com *limites vagos, imprecisos*.

3.ª A hemorragia è *localisada* mas com *limites bem nitidos*.

Na 1.ª forma o sangue infiltra o chorion e invade a cavidade amniotica por todos os lados, como se dá no primeiro mez.

Na 2.ª a placenta parece embebida de sangue, é mesmo injectada, o que se dá em uma epoca mais avançada da prenhez, quando a placenta é differenciada do chorion *lœve*.

Finalmente na 3.ª forma a *apoplexia placentaria* é *localisada: ha um verdadeiro infarctus*. Donde parte o sangue? Como já tivemos occasião de dizer anteriormente é da placenta, ou melhor é o extravasamento do sangue entre a caduca e os elementos fetaes da placenta que rompe as connexões utero-placentarias... (Barnes). Mas qual a causa dessa hemorragia capaz de provocar o aborto? Ella pode ser simplesmente apparente, signal objectivo, mas a verdadeira causa não é ella, e sim maternal, ou fetal; a hemorragia terá uma causa que é a propria causa do abortamento; quer sejam lesões do proprio utero, lesões preexistentes do organismo materno, capazes de reagir contra a existencia do ôvo, embryão ou feto no seu seio e por isso concluamos com o axioma de Robert Barnes:

«*L'œuf sain adhéère à l'utérus sain avec une tenacité surprenante*». Qual o mecanismo do aborto provocado pela hemorragia? Si a quantidade de sangue derramado for em

abundancia consideravel, determinará o enchimento da cavidade uterina, e dar-se-ha a distensão do orgão provocando contracções. Si a hemorragia teve uma causa accidental, pode ser mesmo essa causa (choques, esforços, etc.) que agindo para produzir a hemorragia provoque o descollamento da placenta, impossibilitando a nutrição do féto, (a hematose); o feto morrerá e será immediatamente expellido ou demorará algum tempo a sel-o; de qualquer modo agirá sempre como um corpo extranho que provoca as contracções uterinas e portanto será expulso.

A hemorragia, si bem que a tenhamos considerando como causa do aborto, comtudo julgamol-a indirecta, geralmente favorecida por lesões preexistentes no organismo materno ou fétal, capazes de por si sós provocarem o aborto.

CAPITULO II

O presente capitulo será consagrado a causas outras de hemorragias.

Si bem que sejam ellas responsaveis por hemorragias nem só antes, durante como depois do parto, resolvemos apresental-as aqui, tratando de um modo geral e particularisando-as somente quando virmos necesssario; porquanto, não obstante causarem umas, hemorragia antes, outras durante, e outras depois do parto, são intimamente ligadas. Satisfazendo o nosso compromisso lembraremos como uma das causas de que vamos tratar, os *tumores*, de um modo geral.

Sabemos que tumores existem, que mais commummente favorecem as hemorragias; outras, porem, embora possam causal-as, comtudo esse facto é menos facil de observar-se.

Tratemos dos *fibromas:* esses neoplasmas podem ser implantados do lado de cavidade cervical, e, com um volume minimo serem o ponto de partida de excitações, devidas ao desenvolvimento do ôvo, do que resulta a sua maior vascularisação, congestão exaggerada e a rotura de vasos, trazendo em consequencia as hemorragias.

Esses tumores podem assestar-se em outros pontos como na face externa, labio anterior ou posterior do focinho de *tenca*, e então, o receio a se ter é na occasião do parto; havendo casos, porem, em que a felicidade é tão lisonjeira que unida a calma do *operador* faz com que o trabalho se effectue havendo hemorragias minimas.

Os *fibromas* do corpo e do segmento inferior do utero podem ser *sub-peritoneaes*, *intersticiaes* ou *sub-mucosos*.

Estes ultimos são os que mais favorecem as hemorragias, o que se explica facilmente, pelo desenvolvimento que se dá em parallelo com o ôvo; os vasos que augmentam de volume, o amollecimento que vae soffrendo, tornando-os portanto mais aptos pela superficiabilidade em que vão se achando os vasos a se deixarem romper, dando em resultado uma maior ou menor perda sanguinea.

Esses neoplasmas podem sedear o fundo, o segmento inferior e visinhança do colo e o segmento superior do utero. A implantação em um dos pontos acima referidos pode predispôr ou não ás hemorragias.

Vejamos os casos em que predispoem: os *fibromas elevados* do fundo do utero, trazem consequencias na occasião do trabalho: elles *cortam* as contracções uterinas, e consequentemente trazem lentidão no trabalho, e serias hemorragias no delivramento. Os *fibromas baixos*, situados abaixo da parte fétal, *fibromas prævios* (1) do colo, segmento inferior e mesmo do corpo quando o pediculo bastante longo permitte-os descer na excavação, trazem, na occasião do parto a occlusão do canal cervical impossibilitando a expulsão (do feto, embryão ou ovo); dá-se o descollamento da placenta (total ou parcial) a hemorragia temida é abundante, porque as contracções persistem, e o escoamento tambem; outras vezes a expulsão do feto é facil e o delivramento simples, mas as hemorragias por inercia são bastante graves; principalmente si a placenta se insere sobre a região fibromatosa. (2)

Finalmente um utero fibromatoso pode ser o ponto de

(1)—Budin.

(2) Vide mais adeante duas observações para exemplos, do Dr. Julio da Gama.

partida de hemorragias serias e graves desde o começo da prenhez, o que traz geralmente o abortamento; são as *hemorragias do começo da prenhez*.

As hemorragias da segunda metade da gravidez que são geralmente devidas á inserção viciosa da placenta, são mais frequentes por ser mais commum essa inserção viciosa no utero fibromatoso. Comtudo as hemorragias não são muito frequentes no curso da prenhez no caso de fibromas (1), sem por isso deixarem de existir; é verdade que as vezes o diagnostico da causa das hemorragias no curso da prenhez é difficil quando se está deante de um utero fibromatoso; mas geralmente o que a facilita é uma endometrite. (2)

Vejamos uma outra variedade de neoplasmas capaz de produzir hemorragias: o *cancro*.

Esta variedade deve ser encarada com mais attenção, pelo facto de predispor mais frequentemente ás hemorragias que qualquer outra. (3)

O cancro, como sabemos, apresenta tres variedades clinicas: a *ulcerosa*, a *vegetante* e a *infiltrante*. A variedade *ulcerosa* é a que mais facilita as hemorragias, o que se explica pelo amollecimento e nudez em que vão ficando os tecidos affectados, deixando haver em seus limites um augmento de afluxo sanguineo; o que as torna graves e abundantes, quando ha certas irritações.

O cancro favorece grandemente as hemorragias nem só antes, como durante e depois do parto. Antes, o cancro dá hemorragias; durante e depois do parto com maiores pro-

---

(1) Os casos de fibromas são na proporção de 19, 12 % — Sneguireff.

(2) Lepage.

(3) 50 %

babilidades, pois predispõe a uma complicação no trabalho por si gravissimo, a rotura do colo; o que se explica pela friabilidade dos tecidos morbidos, predispondo-o ao despedaçamento quando se dá a dilatação e a passagem do féto.

Antes do parto. em qualquer periodo o cancro (principalmente a forma ulcerosa) favorece hemorragias capazes de provocarem o aborto quer seja debilitando o organismo, quer seja mesmo provocando o descollamento da placenta (na prenhez adeantada) ou descollando o ôvo (quando no inicio de gravidez). Em qualquer caso a hemorragia é sempre a causa do aborto; sendo ella por sua vez resultante da lesão cancerosa que estendendo-se até a caduca inter-utero-placentaria (primeiro periodo) ou á placenta (segundo periodo) interrompe a nutrição do ôvo, embryão ou do feto. Como dissemos acima o cancro é o factor de serias hemorragias durante o parto por predispor, á rotura do colo.

As vezes as hemorragias causadas pelo cancro no trabalho do parto são devidas ao traumatismo que soffre o neoplasma pela cabeça do feto: podem ser minimas relativamente ás perdas que se dão depois delle; o que se explica facilmente: na occasião do parto a cabeça fetal ulcera o tumor que é friavel, mas a mesma cabeça fetal que foi e causa accidental da hemorragia actua como um tampão comprimindo a solução de continuidade por ella feita. Logo depois do parto esse factor poderoso da hemostase desapparece, e então a mulher quasi sempre é victima de uma hemorragia fatal.

Pode tambem acontecer que o cancro do cólo não exerça fatidica influencia sobre a gravidez e o parto (1).

O trabalho se faz sem haver senão perdas diminutas de

(1) Demelin.

sangue relativamente, já se vê, o que sóe acontecer quando a lesão cancerosa é limitada, de modo a ficarem abundantes porções sãs do colo para a dilatação na occasião do trabalho. Não apresentaremos senão essas generalidades sobre os neoplasmas, pois se o fizessemos alem desse limite mister seria um estudo minudente e *especial* sahindo do quadro que traçamos afim de satisfazer o nosso compromisso.

***

No presente paragrapho iremos apresentar outras causas de hemorragias, particularisando-as em certos pontos quanto ao periodo da gravidez em que actuam. Estudemos a prenhez *molar*. O caracter pathognomonico desta degenerecencia são as hemorragias; é o symptoma de maior importancia e geralmente precoce.

As hemorragias apparecem desde as primeiras semanas da gestação, no segundo, terceiro, quarto mez, ou somente no momento de expulsão (1).

Estas hemorragias são graves; têm um serio prognostico para o feto no caso que este exista. As hemorragias da prenhez molar assemelham-se ás que precedem o aborto; são porem, muito mais abundantes e graves pela repetição, que compromette a existencia materna. Estas hemorragias apparecem sem prodromos, sem dôres e as vezes periodicamente o que dão a ideia a mulher de serem regras.

---

(1) Desaignes e Lepage pensam contrariamente a Demelin e Budin e dizem que são raras as vezes em que a hemorragia só apparece no 4.° mez e rarissimo no momento de expulsão... estamos accordes nessa maneira de pensar.

Ás vezes as perdas de sangue se fazem irregularmente a mulher enfraquecer, se anemia progressivamente: as hemorragias continúam a se repetir só cessando quando a expulsão tem logar; a terminação se effectua do segundo ao sexto mez (1) o que se dá então é o aborto.

Em casos raros, porem, a prenhez molar deixa sobreviver o feto, indo então a prenhez a termo, facto esse *notado* quando a degenerecencia da placenta é parcial. Essas hemorragias podem durar algumas horas ou alguns dias, havendo entretanto casos, como dissemos acima, de periodos mais ou menos longos.

Um escoamento seroso ou sero-sanguinolento se faz no intervallo de uma hemorragia a outra, e á medida que as perdas de liquido sero-sanguinolento se vão dando, as hemorragias vão se tornando abundantes de mais a mais, a ponto de deixarem a mulher em grave perigo de vida (2).

Durante o trabalho da expulsão, as hemorragias podem ser insignificantes, em outros casos podem victimar a paciente. No primeiro caso a expulsão da *mola* se faz em massa, ha uma perda de sangue relativamente minima e que não encararemos como verdadeira hemorragia. No segundo, temos as hemorragias gravissimas, fataes, quando a expulsão não se faz em massa, e sim pouco a pouco.

Esta eliminação pode durar em casos excepcionaes, semanas, mezes e um anno. (3) As hemorragias continuam alternando em quantidade durante esse longo praso de tempo; a abundancia e principalmente sua repetição tornam-nas fataes.

---

(1) Ás vezes a expulsão se dá nas primeiras semanas, outras, ao contrario a mola só é expulsa de 12 e 13 mezes depois da concepção—Ribemont.

(2) Depault.

(3)—Giffard.

A expulsão pode mesmo deixar de ter logar, por succumbir a mulher esgotada em sangue antes de fazel-a; seja porque a *mola* é adherente ao tecido uterino, (1) ou porque se desenvolve n'um dos cornos, n'uma trompa; ou mesmo seja a prenhez intersticial.

Uma outra causa, capaz de trazer consequencia identica ás que nos tem occupado, é a *endometrite gravidica.*

Quando um utero não está fecundado as endometrites podem ser muita vez causa da esterilidade; comtudo podemos encontrar casos em que, havendo uma endometrite, o utero pode ser fecundado, podendo a gravidez progredir, sem ir a termo; dando-se o desfecho fatal no primeiro periodo ou em outro mais adeantado: temos um abortamento, que é devido ás hemorragias frequentes que se dão e que caracterisam clinicamente a affecção de que tratamos.

Essas hemorragias devidas a *endometrite gravidica* geralmente se iniciam pela *hydrorrhea*, escoamento seroso, depois sero-sanguinolento. As hemorragias que tem por causa a *endometrite*, são geralmente ligeiras, e mais raramente abundantes; sendo, não obstante, frequentes e repetidas, o que faz com que a martyr se anemie profundamente durante semanas e mezes, tempo que de um modo geral ellas persistem: é o que provoca o aborto.

As hemorragias placentarias que se dão em periodo avançado, quando o desenvolvimento do féto continua a se fazer, por ser a lesão em partes limitadas da caduca, são ainda causadas pela endometrite, que leva sua destruição até aquella região; trazendo em consequencias a rotura e o escoamento serio dos vasos. A forma mais frequente que favorece as hemorragias, como o nome indica, é a

(1) Jarotzky. Waldeyer.

endometrite aguda, forma *hemorragica* commummente de origem de uma infecção geral, (1) no curso da gravidez. Finalmente todos as *metro salpingites* são capazes de produzir grandes hemorragias dando em consequencia o aborto. (2) Podemos aqui encerrar o presente paragrapho com a *summula* apresentada.

***

Citaremos neste paragrapho a prenhez *extra-uterina* ou *ectopica*, (3) Vejamos as suas diversas variedades e, em quaes dellas é mais frequente e mais interessante a hemorragia. Adotaremos a classificação dada por Levret e Baudeloque, afim de estudarmos em cada variedade a maior ou menor frequencia das hemorragias, facilitando o seu estudo. Quanto a classificação de Dezeimeris deixal-a-emos de parte, por apresentar esse auctor um grande numero (dez) de variedades de prenhez ectopica. Temos então a prenhez *tubaria*, prenhez *ovarica* e prenhez *abdominal*.

A prenhez *tubaria*, intersticial, tubaria propriamente dita ou tubo-àbdominal, quer seja isthmica ou ampular, intersticial propriamente dita, utero-intersticial ou isthmo-intersticial (4) expõe fatalmente à hemorragias de tal ordem graves que, geralmente victimam a mulher.

Essas hemorragias que são *inevitaveis*, são o resultado *geralmente* de um accidente fatal, a rotura do kisto fetal em um periodo mais ou menos avançado da gravidez.

---

(1) Cholera, variola — Slavjanski.

(2) — H. Stapfer.

(3) Mauvaise grossesse de Levret.

(4) Vide em um tratado de obstetricia, a significação de cada termo, se quizerdes.

Na prenhez tubaria, tubaria intersticial, a rotura dá-se quatorze vezes sobre vinte, no terceiro mez: o que é comprehensivel desse accidente é que, havendo rotura de uma parte tão vascularisada, enormemente hyperemiada um escoamento sanguineo se faz, capaz de em poucas horas trazer a morte.

A este escoamento que importa por si só uma alta gravidade, devem juntar-se as metrorragias a que está sujeita a mulher desde o inicio da gravidez; constantes, repetidas e abundantes, que são de gravidade não menor que a do accidente da rotura e que se dão frequentemente na prenhez *utero-intersticial.*

A *prenhez tubaria* é votada a uma interrupção precoce, resultante das hemorragias que se fazem no interior da trompa na maioria dos casos: podendo se dar a rotura, ou mesmo o abortamento tubario que não traz consequecias tão graves como a rotura ou o caso de *hemato-salpinix.* Digamos alguma cousa á respeito do *hemato-salpinix.* Na ectopia tubaria o ovo é cercado por todos os lados por espaços intervillosos muito desenvolvidos até o segundo mez; esses espaços são cheios de sangue materno, fechados para fóra por uma *caduca* reflectida, pouco solida, delgada e desigualmente resistente; a reflectida rompe-se, quer seja por uma congestão maior, um choque, um movimento brusco ou mesmo um exame medico: uma seria hemorragia se fará portanto para fóra do ôvo, no interior da trompa, eis o *hemato-salpinix.* Pode ser fraco consideravel. No primeiro caso o ôvo pode sobrevvier, e hemorragias successivas continuarem até que vá augmentando de volume; a distensão se dê, uma efracção se faça, e então o embryão morrerá asphyxiado pela grande hemorragia que teve lugar.

Na prenhez tubaria franca a rotura é o accidente te-

mivel, e que pode se dar, como dissemos em qualquer periodo da gravidez, mais frequentemente entre (1) a oitava e a nona semana. (2) A rotura pode-se fazer do lado da serosa; uma hemorragia se manifesta para o lado da cavidade peritoneal, e então os symptomas se manifestam mais ou menos graves de accordo com o sangue derramado: essas hemorragias são ditas então *hemorragias cataclysmicas.*

Pequenas hemorragias precedem a rotura, pois esta é iniciada por pequena solução de continuidade; podem tambem deixar de ter o *cataclysma terminal.*

Na prenhez tubaria particularisaremos uma variedade, a prenhez interslicial propriamente dita.

E' a que vae até uma phase mais adeantada; é nessa variedade que a rotura do kisto fetal é mais tardia, a distensão mais tolerante e por isso mesmo a rotura se dá, consequentemente a hemorragia em um dos ultimos periodos da prenhez Temos uma particularidade a notar: é que a hemorragia pode se fazer nem só quando ha uma solução de continuidade bastante larga da parede muscular, como tambem quando existem soluções de continuidade relativamente minimas, como sejam as *punctiformes* d'um calibroso vaso subperitoneal, que sobe na superficie do kisto fetal: quer de uma maneira quer d'outra as hemorragia podem ser mortaes. Nas outras variedades da prenhez tubaria intersticial, como sejam a utero-intersticial, e a isthmo-intersticial, a rotura se dá sem particularidades, além d'aquellas que mencionamos nos casos das prenhezes precedentes.

---

(1) Maygrier, Parry etc.

(2) E' raro que a trompa fique inteira até o 4.º mez e rarsisimo até o 5.º

Na prenhez tubo-abdominal nada quanto ás hemorragias podemos dizer mais, a não ser que a rotura n'essa variedade não é muito rara; comtudo não é tão frequentemente observada como nas outras e que geralmente vae a termo ou quasi a elle, sendo suas complicações do dominio de um outro assumpto que não o nosso.

Si não tivessemos uma certa hesitação em acreditar na raridade mesmo da prenhez *ovariana,* por certo tratariamos das hemorragias *possiveis* que ella poderia provocar, mas isso não se dá, de modo que, noção alguma sobre ellas daremos.

Seja qual for o typo ou variedade de prenhez ectopica, as hemorragias são exclusivamente internas e mais raramente mixtas.

Quando a perda é interna os symptomas são as vezes uma dôr intensa no abdomen, acompanhada de tendencia á syncope: quando mixta, uma insignificante perda sanguinea pelos orgãos genitaes, sem que isso domine a scena; podendo-se crêr em uma anomalia funccional do apparelho genital se não se fôr attento aos outros symptomas já mencionados.

CAPITULO III

Nos capitulos que precederam já nos temos demorado o bastante sobre as hemorragias dos trez a quatro primeiros mezes da gravidez: agora, no presente capitulo, descorreremos sobre as hemorragias da *prenhez adeantada*, segundo a classificação de Barnes, que adotamos desde o inicio do nosso trabalho, classificação, mais ou menos identica á adotada por Lepage, Ribemont e outros.

Para bem estudarmos as hemorragias que se dão na prenhez adeantada (principalmente nos tres ultimos mezes) mister se torna uma descripção de algo sobre as placentas, embora mui perfunctoriamente.

Essas hemorragias tem por causa quasi exclusiva e unica, ao menos bem demonstrada, o descollamento da placenta, qner seja ella incerta de um modo normal ou viciosamente.

Para que se dê uma hemorragia tanto no primeiro caso como no segundo, um concurso de causas se manifesta, e são ellas ora *predisponentes* ora *determinantes*, chamando nós ainda essa segunda variedade de *accidental* (1). Por amòr ao methodo, devemos tratar primeiro das hemorragias que se dão quando a placenta é inserida *normalmente*, depois quando *anormalmente*, e finalmente quando são devidas exclusivamente á rotura do *seio circular*.

---

(1) Outr'ora conhecida sob a denominação de *occasional* e que muitas ainda assim conservam.

Para que se deem hemorragias quando a placenta é *normal*, causas nem só predisponentes como *accidentaes* podem existir, ou uma das duas isoladamente; quer sejam extrinsecas, como choques, compressões, quédas, quer intrinsecas, esforços, taes como os que acompanham a defecação, o espirro; tracções do cordão umbelical quando este é curto *natural* ou *accidentalmente*, (1) e as emoções vivas; podendo haver ainda o concurso de causas predisponentes como dissemos acima, taes como a albuminuria, a variola, a syphilis, (?) e molestias da placenta, como a degenerecencia gordurosa. (2)

A albuminuria é de relevante influencia na producção de hemorragias. (3)

Nos casos de albuminuria, pode-se notar uma hemorragia intra-placentaria, que melhor deveria ser chamada inter-utero-placentaria, (4) antes que a propria placenta se descolle, e será ella então o facto inicial do descollamento.

O sangue pode fusar entre a placenta e o utero; então a hemorragia de interna torna-se-ha mixta.

Nestas condições ha formação de um hematoma retro-placentario, quando a hemorragia não é em quantidade de descollar mais largamente a placenta.

---

(1) Mauriceau.

(2) Memorias sobre a degenerecencia gordurosa da placenta —Robert Barnes.

(3) Trez observações de Dumarcet em que 11 casos era a albuminuria responsavel.

(4 Oldham descreveu um caso typico onde a placenta não adheria mais senão por seu bordo; uma quantidade enorme de sangue existia entre a cavidade formada entre o utero e a placenta.

Occasiões outras, a quantidade de sangue é tal que descolla quasi completamente a placenta: então a gravidade vai ao auge. Não é mui raro o caso em que a hemorragia se dê no bordo da placenta, podendo ser mais ou menos consideravel, mas de pouca duração, o que se explica pela acção energica que desempenha um coagulo formado *in citu*.

Um grande numero de auctores nega a possibilidade do derramamento sanguineo se fazer entre a placenta e a parede uterina, como sejam: Mmes. Lachapelle, Boivin e outros, não obstante serem contrarios a opinião emittida por Jacquemier e Gendrin, e que mais tarde foi confirmada por Brunton, Goodel, Braxton, Hicks etc.

Stoltz (1) em 1878 se exprimiu assim: «On a parlé aussi d'hemorragie utérine interne dans laquelle le sang s'accumulerait entre la matrice e le placenta en repoussant cellui-ci en forme d'entonnoir. Ceci est de la théorie pure que la pratique n'a plus confirmée depuis Baudelocque».

Hoje porem o facto alludido acima é comprovado e indiscutivel em vista das observações de Winter, Tarnier, Pinard etc. etc. Raramente a hemorragia interna é tão abundante que possa matar a mulher; apezar disso a morte pode se dar, havendo portanto formação de grande hematoma *retro-placentario*. Para concluirmos o estudo succintamente feito sobre as hemorragias causadas por descollamento de placenta normalmente inserta, diremos que, depende esse descollamento de choques exteriores, e muito comprehensivel seu mechanismo.

O choque pode ser directo sobre a parede abdominal, ou indirecto mesmo distante d'ella e consequentemente da parede uterina, onde é inserida a placenta. De qualquer

---

(1) Lepage pag. 767.

modo provocar por excitação as contracções uterinas; o descollamento faz-se e a hemorragia manifesta-se.

Finalmente, todas as lesões preexistentes capazes de produzir aborto, quer sejam da placenta ou do utero, podem determinar hemorragias, por facilitarem o descollamento da placenta, *maxime* quando houver uma causa accidental.

E assim dito temos dado as noções precisas que julgamos indispensaveis sobre o assumpto.

A *inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero* é uma das causas mais consideradas como factor das hemorragias dos ultimos mezes de prenhez.

Ainda chamada *inserção viciosa*, impropriamente, porque parece prejulgar em qual ponto bem determinado faz-se commummente a inserção da placenta no utero. E' a Portal que devemos a contradicção dessa supposição, o qual em 1685 affirmou que a inserção se podia fazer em qualquer parte do utero; comtudo a ideia assente era que a placenta se inseria no fundo do utero.

Hoje porem, parteiros do conceito do emerito Pinard, accordam que a inserção se faz na face anterior ou posterior, e raramente nos bordos do utero, sendo considerada a inserção no fundo como rarissima.

Quando a *inserção* se fizer no *segmento inferior do utero* teremos a placenta *prœvia* dos inglezes, *inserção sobre o segmento inferior* (zona perigosa de Barnes) impropriamente denominada de *placenta víciosa*.

Apresentemos as variedades da inserção da placenta sobre o *segmento inferior* do utero, afim de bem explicarmos o mechanismo das hemorragias apontando as diversas theorias. E' bastante rara; é de 1 por 1078 segundo Müller, e 1 por 635, Ramsbotham: consequentemente as hemorragias por essa causa terão a mesma proporção.

As hemorragias por placenta *prœvia* são mais frequentes nas multiparas que nas primiparas.

As variedades são as seguintes: inserção *lateral*, inserção *marginal* e inserção *central*; podendo esta ultima ser *completa* chamada ainda *centro* por *centro* e finalmente *central incompleta* ou *parcial*. (1)

Pinard jamais encontrou exemplo algum de placenta na variedade *central*.

Demelin não acceita as expressões de inserção *central*, *centro* por *centro*, e affirma, fundado em dados anatomicos e resultados clinicos, a existencia de «inserção viciosa total ou completa da placenta, ainda chamada placenta *prœvia total*» isto é «uma variedade na qual a superficie do orificio uterino completamente dilatado ou dilatavel é inteiramente coberto por cotyledones placentarios».

Por certo todas as variedades de inserção viciosa favorecem o apparecimento de hemorragias, mas a variedade *centro* por *centro* é a que vota fatalmente ás hemorragias consideraveis, inevitavelmente.

Embora não sejam abundantes, o que não é difficil acontecer, são graves pela repetição.

E' o accidente mais caracteristico e frisante da *placenta prœvia*: a hemorragia sobrevem sem prodromos, *silenciosamente*, quando a mulher é tranquilla, sentada, deitada ou mesmo dormindo.

E' brusca a perda sanguinea; sem dôres: pode ser consideravel sem ser mortal e desse modo affirma Pinard.

Gazeaux diz que, segundo Levret, a inserção da placenta sobre o segmento inferior do utero tem sido considerada como uma causa de hemorragias inevitaveis durante os

---

(1) Vide em um tratado de obstetrica a descripção de cada variedade, si disso necessitardes.

tres ultimos mezes de prenhez e durante o parto. Gardieu diz que a perda sanguinea é a «essencia mesmo da prenhez e principalmente do trabalho».

Essas hemorragias são de *repetição*: apparecem e reapparecem com intervallo de dias ou semanas, donde a sua gravidade; depauperam a pobre victima e a expõe aos perigos do puerperio, tanto mais, quanto na occasião do trabalho (1) ha uma grande hemorragia denominada por Barnes e acceita por Levret e Rigby de *inevitavel*, podendo esta ter desenlace fatal, attento o estado de profunda anemia da mulher; podendo haver uma morte subita, se os mais meticulosos cuidados não lhe forem ministrados.

Qual o mechanismo dessas hemorragias?

Desde a epoca de Portal se sabe que essas hemorragias nada mais são que o resultado da rotura das connexões vasculares da placenta; facto este resultante de um acto physiologico, a distenção e hypertrophia das paredes uterinas, sem relação com o então pouco desenvolvimento da placenta, nesse ultimo periodo da gravidez.

O descollamento dos cotyledones resulta do escorregamento consecutivo das membranas, é a opinião emittida por Schrœder, Pinard, Mauriceau, Hubert e outros.

Vejamos as theorias formuladas:

1.ª A theoria antiga, a de Jacquemier :- as hemorragias resultam da falta de parallelismo entre o desenvolvimento da placenta e o do segmento inferior do utero que se amplifica de uma maneira muito notada no fim da prenhez.

Como sabemos, nos primeiros mezes de gravidez, o maior desenvolvimento é justamente feito no corpo do

---

(1) Gazeaux cita casos em que não houve nenhuma perda de sangue!..

utero: a placenta tambem se desenvolve. Quando nos ultimos mezes a placenta cessa de desenvolver-se, chega a seu termo; então, o collo e o segmento inferior desenvolvem-se rapidamente, dá-se o esticamento da placenta, ha rotura de vasos e a hemorragia se manifesta.

Diz Depault: «A placenta não pode acompanhar o desenvolvimento das paredes, d'ahi a separação entre o tecido placentario e o tecido uterino, rotura dos vasos utero-placentarios e hemorragia.»

2.ª E' a theoria de Pinard: este liga o mechanismo das hemorragias da prenhez ao da occasião do trabalho; imputa ás contracções uterinas indolores dos ultimos mezes da prenhez e diz que são ellas que determinam uma pressão sobre toda a peripheria do féto, mais notadamente no nivel do segmento inferior, em via de ampliação, determinando as hemorragias.

Sob a influencia da contracção uterina dá-se uma expansão consideravel do segmento inferior livre da inserção da placenta; ha distensão anormal do chorion sem elasticidade, ha esticamento directo da placenta, esta se descolla e sobrevem a hemorragia. N'este caso as contracções uterinas augmentam a hemorragia. A Hofmeier devemos a demonstração de sua causa, eil-a: «Os grossos vasos uterinos penetram no utero abaixo do annel de contracção de modo tal que a contracção do corpo do utero que seria efficaz na hematose, não age sobre os grossos vasos nem sobre os ramos que se lançam na placenta; a hemorragia persiste, pois o tecido muscular do segmento inferior é pouco desenvolvido e não se contrahe nem pode fazel-o sufficientemente para sustar a hemorragia».

3.ª Na theoria de Barnes, a placenta que se desenvolve muito rapidamente, sem logar sufficiente « para fazel-o », fa-

cilita a hemorragia, por uma congestão periodica, que se produz cada mez no nivel da placenta.

4.ª Finalmente temos a theoria de Schrœder que equivale a de Mathews Duncan: é a do escorregamento da parede uterina sobre o féto. As explicações fornecidas segundo os professores Lepage e Ribemont são applicaveis ás hemorragias do trabalho. (1)

Emittamos finalmente o nosso parecer á respeito das varias theorias: respeitamos as opiniões dos mestres auctorisados pela pratica e estudo meticuloso, comtudo, apezar de chamar antiga a opinião de Jacquemier, creio ser a sua explicação a mais satisfatoria, vindo tomar parte nella a theoria do mestre Pinard, e que, então dever-se-ia formular uma nova theoria mixta de Jacquemier e Pinard que aqui enuncio:

> A falta de parallelismo entre o desenvolvimento do utero e da placenta nos ultimos mezes de gravidez e as contracções indolores a que no mesmo periodo é sujeita a mulher, são a causa da producção das hemorragias por *inserção prœvia da placenta.*

***

Hemorragias resultantes da *rotura do seio circular.*

Junto do bordo da placenta (2), existe uma veia volumosa: é o *seio circular* ou *coronario.* Este vaso tem as

---

(1) As theorias citadas não são transcriptas *ipsis verbis* pois são formuladas dos dados adquiridos de Sneguireff, Abelin, Playfair, Budin, etc., etc.

(2) Segundo a disposição anatomica descripta por Delore, Meckel, Jacquemier e outros, acceita unanimemente.

paredes bastante delgadas, é portanto fragil, o que nos explica a facil comprehensão das hemorragias por sua rotura, causadas por congestões subitas e repetidas, originadas geralmente por certos traumatismos como sejam as relações sexuaes, commoções, viagem em carros, (1) caminhos de ferro, quedas, ou mesmo emoções moraes violentas. (2)

A rotura do seio pode-se dar quer seja na placenta inserida normalmente, ou não (3); havendo mais probabilidades favoraveis ás hemorragias quando a placenta for *prœvia*.

As hemorragias que têm por origem a rotura do seio circular podem se dar nem só durante a prenhez, como durante o trabalho, sem que sejam o resultado do descollamento da placenta.

Mathews, Duncan e Jacquemier dizem que essas hemorragias podem sobrevir «pela rotura do seio marginal utero-placentario na area do desprendimento prematuro, expontaneo, não quando a inserção da placenta é central ou que cobre o orificio interno, mas quando um dos seus bordos sedeia o orificio interno ou junto d'elle».

Budin apresentando sete observações á Sociedade Obstetrica e Gynecologica em Junho de 1893, exprimio-se do modo seguinte: «A rotura do seio circular pode ser a

---

(1) Porak e Budin pensam que as fadigas de viagem podem ser a causa da rotura do seio circular.

(2) Bonnaire observou um caso de rotura do seio circular, consecutivo a um movimento brusco da mulher causado por uma emoção viva.

(3) Hirigoyen e Lugeal viram durante a prenhez e trabalho hemorragias devidas á rotura de seio circular sem que a placenta fosse prœvia (Ribemont).

causa da hemorragia quando a placenta é inserida sobre o segmento inferior, e mesmo quando occupa normalmente o fundo do utero.»

Estas hemorragias podem ser internas, externas ou mixtas, filiadas todas á classificação de *silenciosas*, porque, sem prodromos, apparecem quando a mulher repousa, ou mesmo dorme profundamente: como tambem podem se manifestar logo após um choque ou uma emoção violenta.

Podem ser ligeiras de media intensidade e graves.

A's vezes, rapidamente abundantes, podem trazer consequencias funestas, como no caso de Maygrier apresentado á—Societé d'Obstètrique et Gynecologique, em Julho de 1893—em que deu-se a morte rapida da paciente, embora tenha elle observado que houve um descollamento da placenta *sobre uma pequena extensão*.

As hemorragias resultantes da rotura do seio circular são graves, quer por sua abundancia, quer pela repetição; abundancia e repetição explicaveis pela falta de contractilidade das paredes dos vasos calibrosos.

Podem se dar excepcionalmente hemorragias insignificantes, e a este modo de pensar nos auctorisa a opinião experimentada do professor Budin, quando distingue duas variedades de roturas.

Em alguns casos se vê apenas uma abertura e o coagulo volumoso que occupa a face externa das membranas «penetrar por esta abertura no interior do seio».

Em outros, porem, o seio é largamente despedaçado sobre uma extensão de 2 ou 3 centimetros.

E assim temos feito um esbôço rapido das hemorragias que reconhecem uma causa tão importante e de grande interesse para o parteiro.

Si no estudo que fizemos das causas das hemorragias

antes do parto, o que constitue a primeira parte do nosso trabalho, alguma lacuna ficou, a bôa vontade do leitor, verá ter sido tão somente por termos julgado, nas pesquizas scientificas que fizemos, de menos importancia no accidente que tão largamente nos tem occupado.

SEGUNDA PARTE

Causas das hemorragias durante e depois do parto

CAPITULO I

Esta segunda parte será consagrada ao estudo das causas das hemorragias do *trabalho* e das que se dão *depois delle.*

Temos que invocar alguma das causas que ficaram ditas já no capitulo antecedente, que corroborada por novos factores assume o maximo interesse em conhecer-se. Falamos intencionalmente da importancia da inserção da placenta quer normal ou viciosamente feita. Si antes do parto, quando as contracções preparatorias do colo não têm tanta energia como durante elle, a placenta inserida no segmento inferior é de tão grande importancia na producção de hemorragias, durante o trabalho que as contracções são o seu factor indispensavel, o que devemos dizer? E' claro; e desnecessario qualquer explicação, em vista do que em capitulo precedente dissemos.

Quanto ás outras causas que descrevemos na primeira parte, têm valor identico, mas tudo quanto dissemos á respeito e foi por nós escripto, mais, durante o trabalho se accentua em valor.

Dependentes quasi exclusivamente de factos que se passam do lado do utero, são as hemorragias do parto.

O factor de maior importancia em sua producção é o descollamento da placenta, hemorragia que pode produzir-

se: 1.º com o descollamento total; 2.º que produzir-se-ha fatalmente com o descollamento parcial.

Vejamos no primeiro caso: a hemorragia se manifestará quando no inicio do trabalho as contracções forem tão fortes que descollem a placenta rapidamente, mas não o sejam bastante para exonerar o utero do producto da concepção logo de uma vez. Ós vasos não se obliterarão por achar-se o utero distendido e a hemorragia persistirá.

Ha casos em que ligeiras contracções uterinas são bastantes para descollar a placenta, como nos de albuminuria, de lesões preexistentes, como metrites, em que a placenta seja inserida nos pontos atacados pela affecção e a adherencia seja relativamente fraca: de qualquer modo teremos o descollamento *precoce total*, se nos permittem a expressão, coincidindo um phenomeno que deveria ser secundario com um dos primarios (a expulsão do feto) e uma hemorragia mais ou menos consideravel se fará.

No segundo caso temos o descollamento parcial da placenta os mesmos factores são inqueridos; as contracções relativamente fracas para a expulsão do feto, e relativamente fortes para o descollamento da placenta, com maiores probabilidades.

As contracções uterinas insufficientes e fracas consideradas por muitos autores como *inercia uterina*, são o responsavel de taes hemorragias; porque, attendendo-se o estado organico de certos individuos, são elles predispostos a taes accidentes, por se acharem albuminuricos etc; são estas contracções uma pequena força para o grande trabalho da expulsão, e, um poderoso elemento para o trabalho relativamente pequeno de descollamento da placenta, que se deveria manifestar algum tempo depois, mas que precede com serios inconvenientes.

Durante o trabalho da expulsão do feto, quando sejam regulares, normaes e favoraveis as contracções uterinas, o descollamento da placenta pode dar logar a hemorragias independentes das causas que enumeramos acima. A *brevidade* como a *longura* excessiva do *cordão* é a causa que invocamos presentemente, e que produz indirectamente o descollamento da placenta.

Como sabemos o cordão funicular tem normalmente a extensão de 0,m40 a 0,m50 mui excepcionalmente se o acha mais longo ou mais curto; os longos podem attingir um metro ou mesmo mais; os curtos são inferiores a 40 e mesmo attingirem tão somente poucos centimentros.

Os cordões curtos o são por *brevidade natural* ou *accidental*. A natural não precisa explicação: a *accidental*, é quando sendo de dimensões normaes, resulta do seu enrolamento ou circulares no pescoço, n'um membro ou mesmo tronco do feto; quer de um modo a brevidade, quer d'outro, na occasião da descida e expulsão do feto o cordão exerce sobre a placenta tracções mais ou menos fortes, capazes de produzirem o seu descollamento (completo ou incompleto) e produzirem as mais graves hemorragias. (1) A largura do cordão quando excessiva pode dar com facilidade em resultado, por falta de acommodação, a procidencia.

E, quando mesmo, esta procidencia não seja mui accentuada, pode se dar o facto de uma parte do feto em apresentação trazer comsigo uma alsa da haste funicular, produzindo o mesmo effeito que o encurtamento: tracções

---

(1) Pinard et Varnier observaram um caso em que o cordão se achava disposto em *sautoir* em torno do tronco — Dr. V. Wallich.

sobre a placenta e seu descollamento, resultando hemorragias dignas da mais prompta intervenção.

O Dr. Wallich cita uma observação dos Professores Pinard e Varnier, em que encontraram o feto com um pé mettido em uma alsa do cordão como se fôra n'um estribo, e que, resultou do movimento com um membro o descollamento da placenta, provocando uma hemorragia.

Estas hemorragias que se dão antes da expulsão do féto, no inicio do trabalho, são tão graves, principalmente quando ha descollamento parcial da placenta que, nem só o ser materno como o fèto (particularmente este) succumbem, antes mesmo que se possa soccorrer os infelizes. Rousseau e Dumarcet publicaram uma estatistica de 13 casos em que 5 morreram. Eis, portanto, a importancia de taes accidentes no *trabalho*.

***

Vejamos a importancia da apresentação *podalica*, na producção das hemorragias do *parto*.

Como sabemos, a apresentação do *pelvis* é menos frequente que a do *vertice*, comtudo não é mui raro encontrarem-se casos em que seja essa apresentação a do *trabalho:* pode ser completa e incompleta. Desta ultima variedade é que nos vamos occupar, especialmente de um dos seus modos: *o dos pés*. Não é mui commum felizmente, mas quando existe é, nem só de grave prognostico para a parturiente como gravissimo para o féto.

Para este os perigos não são simplesmente pelas hemorragias que se podem dar pelo descollamento da placenta, em quanto acha-se preso pela cabeça e tronco, mas tambem pela compressão do cordão que lhe causa *asphy-*

xia. A hemorragia se dará toda vez que a expulsão dos membros inferiores e parte do tronco tiver lugar, e que, o colo apprehender o féto pelas axillas conservando as espaduas, membros superiores e a cabeça na cavidade uterina. Essa porção que ahi fica, sem contornos regulares, impede que as contracções uterinas sejam regulares e uniformes: o sangue se escoará com tanto mais probabilidade quanto mais vasto for o descollamento da placenta.

O féto perecerá fatalmente asphyxiado, attendendo-se a circumstancia de ser esse trabalho ordinariamente demorado. O outro caso a encarar nessa apresentação é o seguinte: quando a expulsão do féto tem logar, ficando aprisionado somente a cabeça pelo colo (facto commum na hydrocephalia) as hemorragias são menos frequentes, menos possiveis, porquanto o utero encontra um corpo mais ou menos espherico, uniforme, resistente, e que pelas contracções ou retracções adapta-se mais ou menos bem, deixando haver perdas minimas de sangue; é um dos casos mais felizes na hypothese encarada quanto á mulher, mas para a creança o prognostico continúa severo, por correr ella o risco de ser ainda asphyxiada.

Esta apresentação expõe ainda a mulher as lesões da vagina, vulva, perineo etc. que dão hemorragias mais ou menos graves. E' o que necessario achamos para referir no que diz respeito á apresentação do *pelvis*.

Tem-se em certos casos, recursos á versão *podalica*, é verdade, casos especiaes em que, para se evitar um perigo certo, corre-se outro incerto, porquanto tambem em therapeutica não se segue que por um *medicamento* ser venenoso não se lance mão delle, muito mais sabendo-se que *uma causa* pode ser *outra* e vice-versa, a questão é saber como e porque se o emprega.

CAPITULO II

No numero das causas das hemorragias que se podem dar depois do trabalho são collocadas varias debaixo da classificação generica de *hemorragias* do *delivramento*. Sob a denominação de *delivramento* devemos comprehender a expulsão (posterior á do feto) da placenta e membranas, seus anexos finalmente.

Aqui, ainda a placenta vae nos occupar por alguns momentos. O factor que prepondera como causa das hemorragias *post-partum* é a *inercia uterina*, entrando em grande conta quando ha sua *adherencia anormal*, *retenção total* ou *parcial*, quando *completa* ou *incompletamente* descollada. Podemos resumir do modo seguinte o estudo das hemorragias do delivramento: para que ellas se possam dar duas condições são necessarias e sufficientes: o *descollamento total* ou *parcial* da placenta e a *inercia uterina.*

A essas duas condições podem-se juntar causas predisponentes em certos casos como sejam: *hemophilia*, *albuminuria*, *eclampsia*, *obesidade*, *hereditariedade*, *molestias diatesicas* etc. causas todas que influenciam no estado geral,

Localmente, como causas capazes de influenciarem directamente para resultar a inercia uterina, temos a citar: os partos muito rapidos, nos quaes a evacuação do conteúdo do utero é bastante brusca que o musculo uterino «parece de alguma sorte ter momentaneamente perdido suas func-

ções»; os partos laboriosos e penosos em que o trabalho é lento (*tedious labor* dos inglezes) em os quaes se fazem intervenções; a distenção exaggerada do utero como nas prenhezes gemeas, hydramnios, etc.

Certas outras causas concorrem grandemente para as hemorragias do delivramento; mas apenas assignalal-as-hemos por havermos estudado-as precedentemente; são éllas: a *placenta prævia*, a *inversão uterina*, o *accumulo* de *coagulos sanguineos* na cavidade uterina, etc. Todas essas causas agem provocando a atonia do musculo uterino, diminuindo sua contractilidade e retractilidade, permittindo aos vasos ficarem abertos, a darem sangue.

E' verdade que o delivramento (excepção rara) é geralmente acompanhado de uma perda de certa porção de sangue, 500 a 600 grammas (1): ha uma hemorragia normal, mas que pode ser grave para algumas mulheres, quando fracas, delicadas, esgotadas, e sem valor para outras quando sejam fortes, plethoricas, etc.

Deixaremos sem mais pormenores estas hemorragias normaes e passaremos ao estudo das verdadeiras hemorragias.

Em alguns casos ellas sobrevem por *inercia uterina* antes da expulsão da placenta, durante o delivramento e mesmo algum tempo depois delle, é a hemorragia *immediata*; quando bastante tempo depois são ditas *secundarias*.

Ha hemorragias que são devidas á passagem do feto, intervenções laboriosas, intempestivas e desastradas, são as que formam a cathegoria dos accidentes consecutivos ao

---

(1) Demelin diz que a media é de 150 a 200 grammas de sangue.

delivramento e de que mais adeante trataremos, devendo ser chamadas *traumaticas* (1).

Geralmente quando a placenta não se acha descollada, por falta de contracções uterinas, ou por serem ellas fracas, as hemorragias são raras ; mas quando a placenta é parcialmente descollada a hemorragia se fará e o seu mecanismo já foi por nós explicado. Ha casos, porem em que a placenta é totalmente descollada e nem por isso a mulher deixa de perder sangue mesmo quando não haja uma verdadeira *inercia uterina*: isso se dá quando ha contracções irregulares do colo, do annel de Bandl, e que o utero toma a forma de ampulheta (*hour glass* dos inglezes) ou quando ha encantoamento da placenta, enkystamento, podendo mesmo haver contracção da totalidade da madre, mas existir hemorragia, por achar-se retida a placenta; facto commum quando se administra inopportunamente o centeio espigado.

Teremos então uma verdadeira encarceração da placenta, commummente dita retenção, quando for ella, completamente descollada e não houver *inercia uterina*. As membranas são tambem retidas em totalidade ou em parte, pelo mesmo mechanismo que ella.

O *amnios* somente é encontrado isoladamente: quando ha retenção completa, o disco placentario é expellido só, se diz então que é *descorôado*.

Todos esses casos encarados por nós trazem muitos accidentes no delivramento, mas, o que nos importa bem frizar é a hemorragia ou hemorragias graves e repetidas que se podem dar quando um outro accidente possivel

(1) O professor Auvard divide as hemorragias post-partum em traumaticas e expontaneas. Não accordamos com essa divisão.

tiver lugar; quero alludir á retenção de certas porções da placenta na cavidade uterina, depois mesmo de feito o delivramento.

A retenção de porções da placenta é o resultado geralmente de um delivramento artificial muito precipitado, pouco cuidadoso, ou mesmo quando o delivramento fòr natural e expontaneo ou artificial houver adherencia anormal da placenta no contorno, ou em pontos do contorno de sua inserção. As adherencias anormaes tem uma etiologia variada: commummente é a endo-metrite, primitivamente ou consecutivamente a hemorragias placentarias da prenhez com focos de degenerecencia fibro-gordurosa, com a syphilis, com a fibromatose uterina etc.

O professor Wallich diz que o papel que se tem attribuido ás metrites como responsaveis por certas adherencias anormaes não está bem demonstrado. Se tem notado que a placenta que parece mais adherente ou o que vem no mesmo «mais difficil a descollar» no caso de placentas largas, extensas de contornos irregulares, e que possuem um ou muitos cotyledones accessorios, estes sendo mais fracamente ligados a placenta verdadeira, quando esta se destaca, pode deixal-os ficar na cavidade uterina.

Estas porções de placentas, ou antes, cotyledones supplementares, actuam irritando o utero, resultando contracções que alimentam o curso da hemorragia; para evitar-se o erro de imputar á hemorragia uma outra causa, é intelligente, sempre que o delivramento se fizer, examinar-se a placenta, para bem poder-se intervir; pois nem só as hemorragias são a consequencia de semelhante facto como infecções podem se dar no estado puerperal.

A inserção da placenta em regiões fibromatosas, mesmo quando não seja um cotyledon accessorio, é ge-

ralmente causa de hemorragias, por trazer uma grande adherencia limitada (1) ou parcial do utero.

O que deduz-se é que ha gráos de solidez, como na extensão das adherencias. Podendo-se encontrar casos em que a placenta é tão adherente ao utero que parece haver homogenieidade de tecidos. Temos exemplo de um caso citado por Budin em que se não poude separal-a na autopsia, senão com o auxilio do escalpello.

Nesses casos desesperados, das tracções sobre o cordão, podem resultar tanto mais roturas, inversões uterinas, facto gravissimo, quanto são inproficuos os esforços para o delivramento artificial. Todas essas hypotheses em que se podem dar as hemorragias do delivramento, um factor de alta relevancia se faz figurar, são as contracções uterinas quer sejam fracas, irregulares, espasmodicas, e que correntemente se denomina de *inercia* mas que assim não julgamos.

Exclusivamente consideramos existir hemorragia por parcial inercia uterina, quando dado o delivramento não houver o «globo de segurança» de Pinard. Todas essas causas que temos examinado concorrem para um mesmo fim — a *verdadeira inercia uterina* — que nada mais é que a falta de contractibilidade do utero, depois do delivramento. O utero fica molle, volumoso, com as paredes flacidas como que cançado, eis o resultado da inercia. E' um facto de serias consequencias. As hemorragias não se fazem esperar, e graves, pela abundancia.

O utero não contém em sua cavidade nem placenta, nem qualquer anexo do feto: os vasos acham-se completamente abertos e augmentados de calibre pela distensão em que se acha a madre. E' o caso em que se não houver uma

(1) Vêde adeante uma observação apresentada.

intervenção energica e prompta a mulher perecerá por certo.

A quantidade de sangue é enorme a escoar-se; si bem que, a causa dessas hemorragias seja a *inercia uterina,* por sua vez a inercia tem por causa essas multiplas variedades de factores que concorrem para o trabalho de expulsão e delivramento penosos e difficeis, como sejam as fracas ou exaggeradas contracções, trabalhos prolongados ou mui rapidos, molestias preexistentes, intoxícações alcoolica, etc. intervenções intempestivas e outras.

E' finalmente a inercia a consequencia de todo trabalho exagerado, difficil; é a maneira pela qual o organismo manifesta seu esgotamento, concorrendo para o qual, os esforços, commummente conhecidos sob a denominação de *puxos*, os qnaes se aconselham para auxiliar o trabalho em momento que só pode trazer resultados máos, porquanto se os aconselham (muitas vezes) desde o inicio do trabalho, antes mesmo que o colo se ache completamente dilatado, donde a inercia depois do delivramento, roturas diversas que, mais adeante veremos em paragrapho especial.

***

No numero dos accidentes consecutivos ao delivramento considerados como causas traumaticas das hemorragias estudaremos: os *despedaçamentos* do *colo* e *segmento inferior* do *utero*, *rotura* e *despedaçamentos* da *vagina*, da *vulva*, (comprehendendo as lesões das caruncúlas hymeneaes ou myrtiformes) rotura do *perinêo*, abertura das *varizes vulvares, thrambus vulvo vaginaes* etc.

Estudemos as *roturas uterinas.*

Podem ser durante a gravidez e durante o trabalho. No

primeiro caso são *expontaneas* ou traumaticas; são menos frequentes que durante o trabalho e não daremos minucias á respeito pois são casos especiaes. Quanto ao segundo caso durante o trabalho, podem tambem ser *expontaneas* ou traumaticas; destas é que trataremos não obstante serem menos frequentes que as primeiras.

Em 573 casos observados por Jolly, 376 foram expontaneas, e 197 traumaticas: resultantes quasi sempre, d'uma intervenção intempestiva, mal feita por parteiro, ou mesmo em ausencia de intervenção, estas roturas podem se dar no nivel do colo (mais frequentes) no segmento inferior e no corpo (mais raras) do utero. As roturas do colo geralmente se dão nas primiparas sem grandes consequencias, havendo simplesmente uma solução de continuidade longitudinal, podendo então ser considerado como facto normal.

Em alguns casos ellas se estendem á porção super-vaginal e ao segmento inferior, até mesmo ao corpo do utero, facto observado quando a parturiente faz esforços violentos e que a dilatação do colo não seja completa; em certas apresentações de volume anormal ou de contorno irregular ou quando mesmo existindo friabilidade dos tecidos, por lesões concerosas, ou falta de elasticidade, como no caso de rigidez do colo.

Merece uma menção especial as roturas produzidas por intervenções, em que a extracção do feto é feita antes da dilatação completa do colo, quando ha apresentação do pelvis ou haja necessidade de versões por manobras internas.

As manobras praticadas para activar a dilatação, instrumentaes ou manuaes, podem trazer as mesmas consequencias—a rotura—e della o apparecimento de hemorragias,

continuas, duraveis, insidiosas, embora o sangue não corra em onda, esgotam a mulher e expoem-na á morte se não se intervem.

Os despedaçamentos do segmento inferior do utero são considerados por certos auctores como *expontaneos* durante o trabalho, e despedaçamentos *propagados.*

Para os primeiras concorrem as apresentações (espadua) estreitamento da bacia (bacia espinhosa) hydrocephalia, tumores, etc. As segundas nada mais são que as roturas *normaes* do *colo* resultantes de uma das causas que acima apontamos e que se propaga ou estende-se alem do colo.

Para nós tanto umas como outras são consideradas traumaticas, porquanto nada existe que possa ser considerado sem *causa* e portanto ser expontaneo, muito menos a rotura de um utero que os proprios auctores dão a sua causa!...

O que se observa de importante para o nosso estudo é uma hemorragia mixta mais ou menos abundante emquanto o corpo do utero é duro e retrahido. Essas hemorragias têm a mais seria importancia, e a morte será seu resultado si uma prompta intervenção não actuar.

Os despedaçamentos do *corpo do utero* são mais raros ainda que os do segmento inferior.

São *completos* ou *incompletos externos* e resultantes sempre de traumatismos.

Mui excepcionalmente são *expontaneos* e *completos* (como na prenhez utero-intersticial etc.) Resultante dellas temos uma abundante hemorragia que succede ao traumatismo, podendo a mulher morrer antes de ser expulso o conteúdo do utero, sendo às vezes preciso, (quando ha tempo) recorrer-se á laparotomia para que a vida da mulher se não vá; com esse modo de dizer deduz-se por certo a mais alta gravidade de semelhante accidente.

As hemorragias do colo são as mais communs e as mais

graves, o que nos explica, o calibre dos vasos lesados, principalmente na face anterior ou posterior do colo: as partes lateraes quando se rompem não dão senão uma pequena quantidade de sangue. Estas roturas correm quasi sempre por conta da applicação desastrosa de forceps antes de tempo.

Roturas da vagina. Estas roturas podem se dar na parte *superior* na parte *media* e na parte *inferior*. As roturas da parte superior da vagina interessam o *fundo dos saccos* e são geralmente a continuação da rotura do colo uterino quando preexistem causas determinantes d'aquella, como sejam a rigidez, as infiltrações cancerosas e que se estendem a esse conducto.

Independentes de lesões preexistentes são geralmente o resultado de intervenções, applicação de forceps em que se procura fazer penetrar um dos ramos do forceps sem os necessarios cuidados; do cephalotribe, da mão, para versões, e que não se tem o cuidado de manter o fundo do utero.

Uma hemorragia, em tudo semelhante a que se dá pela rotura do colo se manifesta, *mascarada* sem caracteres bem precisos, necessitando uma attenção e cuidados meticulosos para que bem se chegue, e em tempo, a diagnostical-a, porquanto, nem dôres, nem outros phenomenos quaesquer, que não seja a propria hemorragia existem, alem dos que presume a mulher, serem normaes do parto.

Essas hemorragias, alem de terem a gravidade de toda hemorragia do colo, apresentam outras que não importam ao nosso estudo.

As roturas da *parte media* são longitudinaes e occupam os bordos lateraes ou os limites externos das paredes *anterior* ou *posterior*; tem os mesmos factores como responsaveis, concorrendo mais a estreiteza do canal vaginal

ou o volume do feto sem haver elasticidade sufficiente do canal. São mais raras que as primeiras: comtudo quando existem dão lugar a hemorragias menos serias que aquellas é verdade, mas carecem de uma prompta intervenção sob pena de ser a mulher esgotada por uma perda insidiosa quasi que *silenciosa*.

As hemorragias por despedaçamentos da *parte inferior* da vagina estão intimamente ligadas ás que se dão pelas roturas da vulva e perinêo, e assim vamos estudal-as.

Podem como as do perinêo serem consideradas como: *incompletas*, quando a porção musculo-membranosa que separa a vulva do anus é despedaçada, mas o orificio intestinal ficando intacto; *completas:* quando o perinêo anti-anal é compromettido formando, anus e vulva, um só e vasto *hiatus*. Existem variedades dessas duas cathegorias de roturas, mas, pouco importa ao nosso estudo.

Quer sejam por manobras brutalmente feitas, extracção rapida do feto, ou mesmo caso de friabilidade dos tecidos, augmento de volume do feto, ou estreiteza da entrada do canal, o resultado será sempre uma hemorragia mais ou menos abundante.

Nesse estudo devemos incluir as hemorragias que se dão quando ha lesões dos destroços hymeneaes, dos pequenos labios e mesmo do clitoris; são lesões possiveis: é bem verdade que são ellas geralmente propagadas, são a continuação das roturas inferiores da vagina que atravessam e vão além, attingindo-os, si precauções não são tomadas.

E' facto normal a lesão dos destroços do hymen, o que é comprehensivel e desnecessaria uma explicação nossa, em tratando-se de primiparas. Nessas lesões todas, os vasos geralmente mais lesados são: arterias *clitoridianas*, arteria do *vestibulo*, *perineaes*, etc., vasos esses que, por

si podem dar um juizo mais ou menos firmado, do que sejam as hemorragias por suas lesões, e são graves, serias, e mesmo mortaes.

As varizes vulvares são frequentes em certas mulheres: mais nas multiparas, principalmente quando são extremamente gordas: podem ser a causa de hemorragias serias e mortaes em todo o periodo de gravidez e durante o trabalho, principalmente. Durante a gravidez causam um certo prurido que muitas vezes obrigam a gravidica coçar com as unhas, do que resulta sua lesão, ás vezes pequenas soluções de continuidade e uma seria hemorragia.

Os choques de toda natureza podem dar os mesmos resultados. Durante o trabalho está a mulher mais sujeita a traumatismos e portanto mais propinqua á rotura dessas varizes; o resultado será o mesmo: um escoamento de sangue, ás vezes em jacto forte, auxiliado pelos exforços, contracções dos musculos abdominaes, e a congestão em que se acham as partes vizinhas: será portanto muito mais seria nessas occasiões.

Thrombus do conducto utero-vagino-vulvar. Podem ser da vagina ou da vulva: nesse segundo caso ser localisado em um dos grandes labios commummente. Podem se formar durante a gravidez, durante o trabalho e depois delle.

Os trombus já existentes e os que se formam na occasião do trabalho são os que mais nos interessam Os thrombus de vagina offerecem maiores gravidades, nem só quanto á expulsão do feto como a producção de hemorragias.

São estes os que mais aptos são ás hemorragias por sua rotura, e tanto mais facilmente, quanto houver nos partos necessidade de intervenção instrumental. Os thrombus da vulva são situados em um dos grandes labios: os que se

acham formados como os que se formam durante o parto são os que mais expostos estão á rotura. As multipares são as mais sujeitas a elles, entrando ainda em linha de conta, e assumindo grande importancia a albuminuria, a hemophilia, etc.

O pouco que nos importa saber é o seguinte: todas essas hemorragias, quer resultantes da rotura de um thrombus da vagina, quer da vulva, são formidaveis, e, ao contrario do que se julgava, que os thrombus se formassem exclusivamente de vasos venosos, sabe-se que, os vasos arteriaes tambem os formam, donde a mais alta importancia no seu tratamento.

Eis em largos traços um esboço das hemorragias *traumaticas* consecutivas ao *delivramento* Com o seu rapido estudo finalisamos o nosso trabalho satisfazendo a exigencia a que nos submette a lei e o compromisso que assumimos perante ella.

CAPITULO III

Tratamento das hemorragias antes, durante e depois do parto

Si bem que seja o tratamento das hemorragias a parte mais interessante, e tendo sido intuito nosso delle tratarmos mais detidamente, no estudo que ora apresentamos, hoje porem, em vista do que passamos a discutir, desistimos em parte do nosso *desideratum*.

Alem de ser a pratica do tratamento, assumpto correntemente conhecido, apontariamos os meios mais communs e de algum resultado benefico, si não acompanhassemos o evoluir da sciencia e delle deduzissimos que esses meios therapeuticos de que nos iamos occupar e que a pratica de partos põe em execução, não merecem a impòrtancia que se lhes dá, e trazem, quando não empregados com certas restricções consequencias desagradaveis, nem só para quem os applica como para os em quem são applicados.

Vamos apontar exclusivamente os inconvenientes de certos medicamentos, de accordo com os estudos e observações do Dr. H. Armanet sob o titulo de «Dangers de certains traitements médicamenteux dans les hémorragies de la grossesse.»

Comecemos, como fez o auctor, pelo *centeio espigado—ergotina—ergotimina*. São verdadeiros venenos tetanisantes do utero, o que prova-nos tão bem o fim da sua applicação, e são considerados pelo auctor como verda-

deiros toxicos da mulher a quem se administra, produzindo, segundo Tuczek, «lesões na medula, semelhantes ás do *tabes incipiens*».

Diz mais ainda o auctor: «Depuis longtemps, des voix plus autorisées que la nôtre, se sont élevées contre son usage, et en ont montré les funestes effets», conclue com o conselho dos mestres: «N'employez jamais l'ergot de seigle chez une femme enceinte, atteinte d'hemorragie au cours de grossesse et pendant le travail». Hoje, que tão correntemente existe entre nós a opinião dos mestres, quo a pratica tem lhes dado prudencia, de não empregar-se e *centeio* e *ergotina* ou a *ergotinina* senão quando o colo estiver completamente dilatado, se vae mais além, attenda-se o conselho do professor Armanet, se não *in totum*, pelo menos no possivel.

Hidrastis canadensis — *Hamamelis virginica* — Experiencias numerosas de physiologistas demonstram os resultados mais contradictorios dos effeitos desses medicamentos: ora são hypotensores ora hypertensores arteriaes, donde a conclusão do mestre: é um *paralysante dos centros sensitivos*. O que nos resta do exposto? Uma duvida? não.

A cautela, a prudencia em applicar taes medicamentos, tanto maior quanto o estado de prenhez é melindroso e quanto for o estado então actual da parturiente.

Clyster laudanisado—O uso dessas injecções não é sómente feito no meio em que vive o auctor que citamos e sim commummente entre nós: como nós de ha muito julgamos, por deducções tiradas dos effeitos physiologicos do opio, unico principio activo do laudano, é uma pratica condemnavel o seu emprego nos ameaços de abortamento e hemorragia; porquanto são sem importancia seus effeitos

beneficos, e, pelo contrario, perniciosos; traz a constipação, o que o medico a todo o transe deve evitar em uma gravidica, e portanto as probabilidades de uma auto-intoxicação pelo accumulo de toxinas e germens no tubo intestinal, inconvenientes que traz a retenção de materias fecaes na occasião do trabalho do parto.

Injecções de solução quente de sublimado — E' indiscutivel, de valor eminentemente consideravel a applicação de *agua quente* (esterilisada) 45° a 50° em injecções intrauterinas e mesmo vaginaes em casos de hemorragias do parto; mas infelizmente ainda existe quem as faça, não de agua simples e sim de soluções; seja qual for a substancia que se empregue em solução (a menos que haja suppuração ou outra infecção local), é uma pratica condemnavel; a applicação será tanto mais condemnavel quanto mais toxica fôr a substancia e como tal considerar o bichlorêto de mercurio, que, mesmo em dóses minimas pode dar em resultado a intoxicação.

O Professor Armanet cita os casos observados do Professor Richaud (Cours, année 1906), em que injecções vaginaes de solução de bichloreto (0,25 por 2 litros d'agua) deram em consequencia a morte.

Do que ficou dito conclue se que toda e qualquer substancia toxica, deve ser posta de lado nas injecções em casos de hemorragias; e, quando uma indicação formal e imperiosa tiver logar, será a prudencia quem prescreva pequenissimas doses, afim de evitar desenlaces tão desagradaveis como os citados pelo Dr. Richaud.

Acetanilide — E' um medicamento empregado para combater as metrorragias, embora não seja de uso corrente entre nós, comtudo ha quem a empregue.

Este medicamento deriva-se da anilina, e, como todos

desse genero, é toxico. Quando na torrente circulatoria combina-se com os globulos dando a «producção de methemoglobina»; sua absorpção é «seguida de cyanose, de collapso e de morte.» Eis o resumo do seu emprego.

Tamponnamento simples ou gelatinado—Não ha pratico, medico ou mesmo charlatão que não lance mão em presença de uma hemorragia desse meio de *hemostasia*. Si, bem orientado como possa ser sobre a asepsia, as infecções zombam de todos os cuidados de um competente, imagine-se quando esses cuidados forem esquecidos, esses preceitos abandonados, que melhor vehiculo para os germens pode haver do que as gazes, finalmente toda a sorte de material que presta-se a manipulação de tampões?

Por certo nenhum. Si a simples gaze ou algodão por seu lado apresenta serias desvantagens quando não convenientemente esterilisado, quando o tampão não cuidadosamente applicado, o que se deve pensar do tamponnamento gelatinado? A gelatina, como sabemos, não pode supportar temperaturas elevadas, capazes de uma esterilisação perfeita; e, como sabemos mais, a temperatura a que se deve submetter tudo quanto se queira ter convenientemente expurgado de germens e toxinas, é a de 120°; ora nessa temperatura a gelatina perde as suas propriedades hemostaticas, e portanto teremos um corpo, ou antes substancia aseptica, mas completamente sem valor para o fim desejado. Não é somente ahi que ficam as inconveniencias do *tamponnamento*.

E' mais particular a desvantagem que vamos apontar: ha quem por ignorancia, em face de uma hemorragia procure, em logar de sua causa, sim suspendel-a, e então não trepide em encher a vagina e o utero de uma quantidade enorme de tampões; diz-nos o professor Armanet:

« C'est, tout au plus, un procédé d'attente et non un procédé curateur ».

O professor Varnier em seu curso de 1889 mostrou os inconvenientes do tamponnamento vaginal de Leroux dizendo que nem só era *inefficaz* e *doloroso*, ás vezes impossivel de supportar-se; *perigoso*, pois facilita a descamação epithelial da vagina; é *difficil* de bem fazer-se... finalmente conclue Varnier: « Il est absolument dérais onnable de placer un tampon sur un point où l'hémorragie ne se fait point. »

O tampão gelatinado tem dado em resultado a apparição de placas de esphacelo em certos pontos dos tecidos em contacto com elle.

Do que ficou exarado, conclue-se que esses meios todos que a arte de partos tem consagrado como efficazes, não o são de todo: e acceitando como certos os inconvenientes apontados por Armanet, firmo os seguintes propositos:

Jamais deve-se empregar um dos meios pre-citados, senão quando não houver recursos a um outro processo de menos desvantagens.

Empregal-os, embora contando com os inconvenientes apontados quando os de outros meios forem mais perniciosos.

Em casos desesperados tudo quanto melhore é *optimo*; e assim sendo, a sua applicação se impõe e o medico assistente se curva ante a força do designio, por falta de recursos outros melhores que a sciencia lhe inspire.

Aconselhamos, por falta de certas indicações que o professor Armanet tambem não indica, em casos de urgente necessidade e de grande perigo, a prudencia, as doses minimas, evitando-se o mais possivel o emprego de substancias como a ergotinina; achando dever-se recorrer

a tantos outros processos que a therapeutica, a cirurgia e a obstetricia indicam de menos prejuisos, porquanto temos tantos desastres posteriores ao parto que tudo devemos fazer para evital-os.

Quem nos diz que os immensos casos de *tabes* e outras tantas lesões pathologicas de parturientes não sejam o resultado do emprego dos meios therapeuticos de que hoje apontamos os inconvenientes?

Será do que alhures nos occuparemos, em tempo, mais detidamente.

Observações

I

D. M. Senhora casada, de 21 annos, não tendo nunca sido regrada, viu apparecerem seus catamenios justamente com symptomos de gravidez; e reapparecerem sempre durante os oito primeiros mezes, só desapparecendo no nono mez, para não voltarem senão na segunda gravidez; tornando-se assim o melhor symptoma deste estado.

II

Tambem uma rapariga de 19 annos, côr preta, que nunca tinha sido regrada, viu apresentarem-se as regras com a primeira gravidez, e reproduziram-se sempre durante cinco mezes; não sendo possivel saber-se do que mais succedeu, por não ter sido mais vista depois desse tempo.

III

Francisca, côr preta, solteira, portadora de um fibroma na parte posterior do utero, diagnosticado pelo eminente professor e clinico, o illustre Dr. Braga, teve a placenta implantada sobre elle, ao qual se achava adherente em parte; e tendo abortado nos primeiros dias do oitavo mez, soffreu uma hemorragia quasi mortal.

IV

Facto identico deu-se com Maria de tal, cujo tumor fibroso se localisara na parte lateral direita, e sobre o qual

teve implantação a placenta, uma enorme placenta, que adherente em uma grande parte, sangrava de tal sorte pela porção que se havia descolado, que foi encontrada quasi exangue, pelo medico (1), requerendo a extracção manual, sendo, por essa occasião bem reconhecido o tumor e sua situação.

(1) Dr. J. Gama.

PROPOSIÇÕES

1.ª Secção

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O monte de Venus ou penil, os grandes e pequenos labios ou nymphas, o clitoris e o vestibulo concorrem por seu conjuncto para a formação do que se denomina *vulva.*

II

E' a parte mais externa do canal que normal e physiologicamente atravessa o feto, formando o que se chama *canal cervical.*

III

E' sujeita a lesões, geralmente de ordem traumatica, na occasião do trabalho do parto, resultando hemorragias mais ou menos abundantes e que estudamos sob a classificação de hemorragias consecutivas ao delivramento.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O utero é composto de tres tunicas: peritoneal, musculosa e mucosa. A musculosa composta de tres camadas: superficial, media e profunda; a superficial formada de feixes longitudinaes, ansiformes de Helie e Chenantais; a media de feixes plexiformes entrecruzados; a profunda, de fibras circulares em tres grupos: dois situados na embocadura das trompas e um em torno do colo.

II

Ha nem só hypertrophia como neoformação das fibras musculares no periodo da gravidez.

III

Da tonicidade nas contracções dessa enorme e poderosa massa muscular resulta a constricção dos vasos determinando hemostasia quando ha hemorragias uterinas.

2.ª Secção

HISTOLOGIA

I

O utero é submettido pelo facto da menstruação e prenhez a numerosas modificações de textura; e, salvo o ovario, é impossivel achar-se um orgão dotado de uma tão poderosa actividade formadora.

II

O tecido carnoso do utero é formado *normalmente*, por fibras lisas longitudinaes, transversaes, obliquas e circulares (*sphincter uteri*), é o que concorre por suas contracções para a hemostase.

III

A mucosa do utero, da qual a textura lembra a do tecido conjunctivo lymphoide, é coberta por um epithelio pavimentoso que se continúa com o da vagina; no exame histologico do liquido hemorragico encontraremos, alem das villosidades placentarias, cellulas pavimentosas predominando por sua quantidade.

BACTERIOLOGIA

I

A blenorrhagia é uma infecção eminentemente seria para a mulher; o seu responsavel é o gonoccoco de Neisser, coccos reunidos ou isolados, grupados em torno, ou inclusos em numero de 10 a 20 n'um globulo de pús ou de uma cellula epithelial: se o cora pelas côres basicas de anilina e não toma o gram.

II

A blenorrhagia pode ser ascendente, o gonoccoco invadir secundariamente as trompas, os ovarios, o peritoneo; Westemarck encontrou no pús de uma trompa inflammada o gonoccoco; depois delle innumeros casos têm se observado.

III

Sob a influencia do gonoccoco e mucosa uterina «prolifera; o revestimento epithelial hyperplasiado não acha mais o logar que lhe é necessario, se dobra, envia saliencias» (1) o que nos explica o valor consideravel das metrites blenorrhagicas curadas ou mal curadas na producção das hemorragias uterinas.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Dá-se o nome de myxomas a neoplasmas essencialmente compostos de tecido mucoso: sua organisação é semelhante á «gelatina de Warthon no cordão umbelical».

II

No campo microscopico suas cellulas apresentam-se sob a forma arredondada, de fusos, ou estrelladas; as duas ultimas se anastomosam entre si por filamentos tenues, encerrando em suas malhas a substancia fundamental, gelatinosa e transparente.

III

Um dos logares de maior eleição desses neoplasmas é a placenta, conhecidos sob a denominação de (2) *mola vesicular* ou *hydatiforme;* è uma das principaes causas das hemorragias do 2.º e 3.º mez de prenhez, algumas vezes das primeiras semanas.

---

(1) Revue gynécologique, obstétricale et pédiatrique—Juillet — Septembre 908—Janvier — Mars — 909.

(2) L. Ouvry, Marchand e outros pensam que o *mola* é um tumor epithelial e não uma myxoma.

3.ª Secção

PHYSIOLOGIA

I

A respiração tem uma influencia manifesta sobre a circulação: modifica a pressão e a marcha do sangue em os vasos pulmonares, coração, arterias e veias.

II

A inspiração profunda augmenta a frequencia dos batimentos cardiacos; na circulação venosa a pressão que é quasi igual a zero, no apice do cone venoso, torna-se negativo e inferior.

III

A inspiração augmenta a pressão na circulação arterial: augmenta a pressão e a acceleração do curso do sangue na aorta, do que resulta facilitar o escoamento do sangue, nas hemorragias da prenhez e do parto, havendo interrupções no jacto sanguineo correspondente á inspiração.

THERAPEUTICA

I

Dos medicamentos de que a therapeutica dispõe é a ergotinina, alcaloide azotado, um dos que mais commummente são empregados no tratamento das hemorragias do trabalho do parto.

II

E' um medicamento que *age sobre* os vasos e *fibras musculares* do *utero*, donde a sua *applicação* como hemostatico.

III

O seu emprego, que geralmente é por via hypodermica deve ser feito com precauções; jamais empregal-o senão quando o colo do utero estiver completamente dilatado, sob pena de poder se dar a rotura do utero e a morte da creança.

4ª Secção

HYGIENE

I

A mulher, quando no estado de gravidez, deve quotidianamente procurar o ar livre, dos campos, evitando a marcha forçada que lhe traga o cançaço; a circulação será accellerada, as combustões mais activas e o appetite augmentado.

II

Toda a sorte de vehiculos será tanto quanto possivel evitada, muito mais quando o itinerario for por terreno accidentado.

III

Quando for *in totum* obrigada a sujeitar-se á viagens em vehiculos, a posição horisontal será a melhor, mesmo assim sendo o percurso pequeno, sob pena de, com as trepidações prolongadas, ser victima de graves hemorragias por descollamento da placenta.

MEDICINA LEGAL

I

Debaixo do ponto de vista medico-legal o sangue do adulto não se differencia do da creança senão no periodo embryonario; os globulos de sangue do embryão são nucleados.

II

O sangue da mulher não se differencia do do homem senão quando é menstrual; as cellulas conicas e vibrateis do corpo e colo do utero, as cellulas pavimentaes da vagina fornecerão os dados distinctivos e decisivos.

III

As villosidades placentarias encontradas no sangue affirmam que o escoamento se faz da placenta, bem como

a forma das cellulas permitte muitas vezes diagnosticar a sêde da lesão em caso de hemorragias resultantes de feridas dos orgãos genitaes.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A hemostase pode ser obtida por um dos dous grandes meios: cirurgicos ou medicos.

II

Geralmente um dos dous pode ser empregado isoladamente com bons resultados; outras vezes empregamol-os ambos, e, mesmo assim não conseguiremos um exito feliz.

III

Nas grandes hemorragias resultantes do trabalho do parto, os meios medicos são empregados, mas principalmente os cirurgicos agem mais directamente realisando o nosso *desideratum* — a hemostasia.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A' inflammação do peritoneo, quer seja de ordem septica ou aseptica, dá-se o nome de peritonite.

II

Quando nas prenhezes topicas, que o trabalho se faz normalmente, e que os preceitos de asepsia não são rigorosos a peritonite é um facto commum.

III

Quando nas prenhezes ectopicas a rotura do kisto fetal se dá, e o escoamento sanguineo se faz para a cavidade peritoneal, esse sangue, pode-se decompor, e dar origem a peritonite mortal.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

Quando em face de uma rigidez pathologica do collo do utero, causada pelo cancro, no momento do trabalho, a dilatação é impossivel, podemos recorrer ás simples incisões liberadoras.

II

Nem sempre, porem, isso dá bom resultado; *maximé*, quando a infiltração cancerosa se estender muito alem para os lados do utero e da vagina, expondo a parturiente a serias e mortaes hemorragias pelas vastas roturas que se dão.

III

Devemos sem trepidar, uma vez que a dilatação não se faça, recorrer á operação cesariana, seguida da operação de Porro ou melhor da hysterectomia abdominal total, afim de nem só salvar o ser materno como o proprio feto.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

São embryotomias operações sangrentas praticadas em uma ou muitas partes do feto e destinadas a facilitar sua expulsão ou extracção.

II

Quando feita a operação na cabeça afim de diminuir seus diametros, chama-se embryotomia cephalica: quando sobre o pescoço ou tronco, separando a columna vertebral em duas partes é a embryotomia rachidiana.

III

Em casos de hemorragias gravissimas e que o feto, vivo ou morto, de modo algum pode ser expellido, pelo volume, ou vicios da bacia, e que não se pode recorrer a uma outra intervenção serão indicadas taes operações.

6.ª Secção

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Para um diagnostico seguro e intelligente, o medico jamais deve dispensar a serie de meios propedeuticos que possue.

II

Comtudo, podemos ás vezes diagnosticar sensatamente uma lesão ou lesões por um só dos meios propedeuticos.

III

Dos meios alludidos, temos a inspecção que, geralmente basta para diagnosticarmos uma hemorragia uterina, *maximè* quando ella for externa ou mixta, o que não quer dizer que possamos affirmar qual a sua causa.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Os symptomas de uma hemorragia podem ser a propria hemorragia em alguns casos; em outros porem, serão imprecisos se a attenção do observador se fixar tão somente nas modificações geraes.

II

No primeiro caso, quando a hemorragia for externa ou mixta; os accidentes geraes e locaes precisarão mais ainda o facto.

III

No segundo, quando havendo symptomas alarmantes, como pallor da face, pelle fria coberta de suor viscoso, lypothymias, pulso frequente filiforme o medico se deixar impressionar por elles, abandonando a investigação da verdadeira causa.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

Entre lipothymia e syncope não ha differença senão de

grão: o primeiro estado é caracterizado pelo desfallecimento com enfraquecimento maior ou menor dos movimentos cardiacos e respiratorios; o segundo pela perda completa do conhecimento com ausencia de pulsações.

II

As lipothymias e syncopes podem ser de ordem reflexa, como as que se dão pela impressão em certas pessôas nervosas em casos de pequenas hemorragias e são de pouco valor.

III

Nem sempre acontece assim: podem assumir gravidade e terminarem pela morte, o que é facil em casos de graves hemorragias resultantes do trabalho do parto.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

O pulso, o restriamento das extremidades, a pallidez dos tegumentos, são de alto valor no diagnostico das hemorragias.

II

A lipothymia é um phenomeno de maxima importancia na gravidade das hemorragias do parto.

III

Si o pulso torna-se filiforme, e quasi imperceptivel, o coração deve ser despertado senão o desfecho fatal será a morte em pleno collapso.

7.ª Secção

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Todo vegetal se compõe essencialmente de duas partes principaes: haste e raiz; as hastes podem ser aereas aquaticas e subterraneas: as aereas e aquaticas são: o tronco,

o stipe, o colmo, o cladodio etc. As subterraneas são: o rhizoma, o tuberculo e o bolbo.

II

Os tuberculos e os bolbos servem especialmente para o armazenamento de substancias nutritivas para a reproducção do proprio vegetal, e delles se aproveita o homem. E' erronea a maneira de pensar exclusivista de *certo professor* (1) em asseverar que o bolbo tem como papel essencial sustentar o vegetal ao solo e respirar, como a raiz!

III

De todos os bolbos por nós conhecidos, nem um encontramos que encerre principios hemostaticos bem conhecidos e applicaveis ás hemorragias do parto.

CHIMICA MEDICA

I

A cafeina $C^8 H^{10} Az^4 O^2 + H^2 O$, faz parte do grupo dos *ureïdes* para alguns auctores. E' encontrada na *Coffea arabica* no *Thea chinensis* no *Paulinia sorbilis* no *Ilex paraguay ensis* na *Kola acuminata* etc.

II

Tratada pelo reactivo de Dragendorff dá um precipitado vermelho intenso; aquecida com cal sodada dá desprendimento de ammonea, ficando um residuo de carbonatos alcalinos e cyanureto de sodio.

III

E' um topico do coração; empregado, geralmente por via hypodermica, em casos de syncopes nas hemorragias do trabalho do parto.

---

(1) O professor levou a tal ponto o seu exclusivismo insensato que reprovou um *certo estudante* por pensar do mesmo modo que nós.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

As soluções são formas pharmaceuticas as mais simples; com ellas contamos para varios misteres da therapeutica.

II

Sempre preferiveis quando queremos rapidamente contar com effeitos promptos de substancias empregadas em doses fraccionadas ou não; são applicadas por via hypodermica, em taes casos.

III

Assim, temos certos hemostaticos *indirectos* de que lançamos mão em casos de graves hemorragias do parto.

8.ª Secção

OBSTETRICIA

I

Quando no seio materno um ser, ha uma vida para dous entes; para o primeiro mais ou menos garantida para o segundo?... nem tanto.

II

Si a interrupção da continuidade do cordão funicular tiver logar, infeliz do segundo que será fatalmente votado á morte, por falta de elementos vitaes fornecidos pelo ser materno.

III

O cordão funicular é na media de 45 a 50 centimetros; quando não tiver mais ou menos essa extensão, ha *brevidade*: o que pode no momento do trabalho, si não houver competencia, prudencia e pratica do assistente em intervir, dar a rotura e graves hemorragias.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A menstruação é a «supplica do organismo» para a fecundação.

II

E' uma verdadeira hemorragia mas physiologica, ligada, segundo muitos auctores, ao phenomeno da ovulação; é ella o «phenomeno apparente» emquanto a ovulação é o «phenomeno interno ou occulto» existindo portanto uma relação intima de causa, a effeito.

III

Ha excepções, porem, em que ha menstruação sem ovulação e vice-versa: exames anatomicos têm demonstrado que um facto pode ser independente do outro, porquanto têm-se encontrado mulheres mortas quando menstruadas sem haver traços do desenvolvimento de uma vesicula de de Graff.

9.ª Secção

CLINICA PEDIATRICA

I

As perturbações respiratorias são um factor de grande importancia nas hemorragias umbelicaes e gastro-intestinaes dos recem-nascidos.

II

Comtudo esse factor não deve ser invocado como responsavel pelas hemorragias dos orgãos genitaes dos recem-nascidos do sexo feminino.

III

Esse escoamento sanguineo, verdadeira hemorragia das creanças que mal deram os primeiros vagidos nada mais é que um verdadeiro e precoce catamenio, o que prova a autopsia feita por Pinard em 3 recem-nascidos onde achou um folliculo de de Graff volumoso e roto.

10. Secção

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Não podemos citar modificações accentuadas do globo occular em casos de hemorragias, a não ser a côr azulada mais intensa da sclerotica, e o descoramento das conjunctivas occular e palpebral.

II

E' de tanto menos importancia quanto é isso um facto commum nas anemias e chloroses independentes das hemorragias do parto.

III

As perturbações visuaes são symptomas de ordem subjectiva, e dão-se toda vez que ha uma perda abundante de sangue.

11. Secção

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis, qualquer que seja a forma dos seus accidentes, predispõe fatalmente ao abortamento.

II

Toda syphilitica é sujeita a uma hypertermia *port partum*, imputavel exclusivamente a seu estado syphilitico; (Fournier) sem que deixe de haver excepções.

III

O cancro syphilitico do colo uterino predispõe a graves hemorragias no trabalho do parto, porque favorece uma complicação seria, a rotura do colo causada por sua rigidez e indilatabilidade.

12. Secção

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

O papel da medulla como centro, é exclusivamente dos

actos reflexos essencialmente dos movimentos reflexos; a sensibilidade é transformada em movimento na substancia cinzenta.

II

Um não pequeno numero de reflexos têm séde especial na medulla: d'entre elles o centro genito-spinal existente no meio da medulla dorsal no homem (no cão no nivel da 4.ª vertebra lombar), quando frequente e exaggeradamente excitados, podem dar logar a uma myelite chronica: donde o preceito de se usar mas não abusar dos orgãos que lhe são correspondentes.

III

Os vasos, principalmente as arterias, apresentam sob a influencia de excitações, contracções subordinadas á acção de nervos especiaes: *vaso-motores;* o centro genito-spinal age sobre o utero provocando as contracções de suas fibras musculares. Da acção dos vaso-motores (vaso-constrictores especialmente) e do centro genito-spinal resulta a parada das hemorragias uterinas.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia 20 de Julho de 1909.

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.